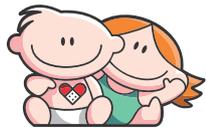


Hospital de Pediatría
Garrahan



Hospital de Pediatría
Garrahan

SERVICIO DE ENDOSCOPIA RESPIRATORIA

📍 Combate de los Pozos 1881
(C 1245 AAM) C.A.B.A.
República Argentina

☎ (+54 11) 4122-6000 int. 6687/8

✉ endoscopiaresp@garrahan.gov.ar

🌐 www.garrahan.gov.ar

Esta publicación es un aporte para la
comunidad e instituciones de salud
editada por:



☎ (+54 11) 4941-1333 / 4941-1276

✉ info@fhg.org.ar

f /FundacionGarrahan

🐦 @FundGarrahan



INFORMACIÓN ÚTIL SOBRE LA TRAQUEOSTOMÍA

Guía para padres, familiares y cuidadores.

www.garrahan.gov.ar

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Introducción	3
Los primeros pasos	3
¿Qué es una traqueostomía?	4
Manejo del niño/a con traqueostomía	6
Procedimientos para aspiración y cambio de cánula de traqueostomía	8
Manejo de posibles complicaciones	14
Requisitos a cumplir antes del egreso hospitalario	16
Medidas de seguridad y precauciones	17

Estimados padres y familiares, somos el grupo de profesionales que atiende a su hijo/a y, desde este momento, los entrenaremos en el manejo y los cuidados de la traqueostomía, ya que es probable que se sientan preocupados por su hijo/a y por los cuidados que requerirá cuando pueda volver a su casa.

En la respiración normal el aire que entra y sale de los pulmones lo hace a través de la nariz o de la boca. En ciertas enfermedades, puede ser necesaria una entrada artificial de aire, que no sea ni la boca, ni la nariz. Esta vía de entrada transitoria o definitiva, que comunica la tráquea del niño con el exterior, se llama traqueostomía. Los niños con una traqueostomía pueden llevar una vida totalmente activa y satisfactoria, si cuentan con el equipo necesario y sus cuidados.

PRIMEROS PASOS

La traqueostomía es una solución para una variedad de enfermedades. Habitualmente se realiza en forma programada con anestesia general. El médico endoscopista entrevistará a ambos padres para dar la explicación necesaria en cada caso particular de los beneficios y riesgos en cada caso particular. Dado que se trata de una cirugía, se le solicitará que firmen un “consentimiento informado”, que es un documento donde se autoriza la realización del procedimiento.

Luego de salir del quirófano el niño o niña irá a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) para el tratamiento inicial.

La atención está dirigida a prevenir probables complicaciones, hasta que se decida su paso hasta al área de Cuidados Intermedios y Moderados (CIM). El niño/a permanecerá en este área entre 5 y 7 días, y allí los padres o tutores podrán acompañarlo en los momentos autorizados. Según la causa que originó la necesidad de la traqueostomía podrá permanecer con respirador artificial o solo requerir oxígeno.

La madre, padre y/o tutor recibirán la lista de materiales necesarios para el manejo domiciliario de un niño/a con traqueostomía, antes del traslado del paciente al CIM.

Los médicos, enfermeros y kinesiólogos les informarán a los padres lo que necesitan saber para aprender a cuidar a su hijo/a con traqueostomía en forma segura antes de regresar a su hogar y le darán el tiempo necesario para practicar estas nuevas habilidades.

¿QUÉ ES UNA TRAQUEOSTOMÍA?

Normalmente respiramos por la nariz. El aire que ingresa es calentado y filtrado de impurezas, pasa hacia la laringe (donde están las cuerdas vocales) y luego pasa por la tráquea, que es un tubo que lleva el aire a los pulmones. (Figura 1)

medio de una cirugía que realiza el médico endoscopista. En este orificio se coloca un tubo llamado cánula que permite el paso del aire directamente a la tráquea, y mantiene el orificio abierto. En el caso de los niños traqueostomizados, el aire entra directamente a la tráquea por la cánula saltando así los mecanismos normales de filtración del aire. (Figura 2)

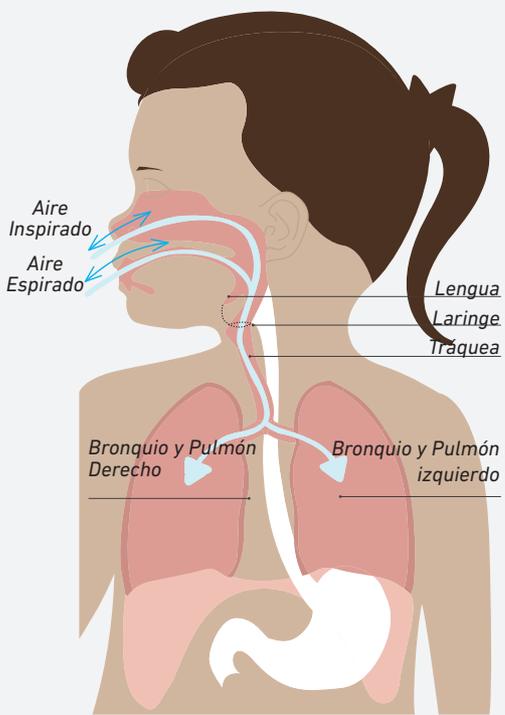


Figura 1

La traqueostomía es un orificio (ostoma) realizado en la parte anterior del cuello, donde está la tráquea, por

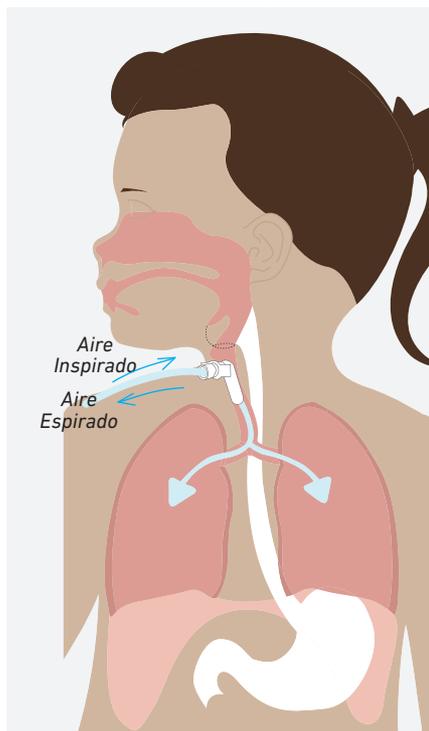


Figura 2

La traqueostomía ayuda a mantener una buena respiración y permite al cuidador aspirar las secreciones respiratorias. El médico decidirá según la enfermedad de su hijo/a en particular la necesidad de una traqueostomía.

MI HIJO/A NECESITA UNA TRAQUEOSTOMÍA PORQUE:

LAS PARTES DE UNA CÁNULA DE TRAQUEOSTOMÍA SON:

(Figura 3)

- » **Cánula:** es la parte de la cánula que se introduce en la vía aérea.
- » **Pabellón:** en donde está la información importante (el nombre de la cánula y su tamaño). Diámetro Interno (DI). Se apoya sobre la piel del cuello.
- » **Orejuelas:** en ambos extremos del pabellón, que permiten fijarla en el cuello con cinta hilera o velcro.
- » **Adaptador universal:** para la fuente de oxígeno o válvula fonatoria o filtros (nariz artificial o humidificadores pasivos). Forma cuerpo con el pabellón o está elevado 15 mm del mismo.
- » **Guía o facilitador:** de extremo romo. Se usa **solo** en el momento de introducir la cánula.
- » **Orificio:** donde entra y sale el aire.

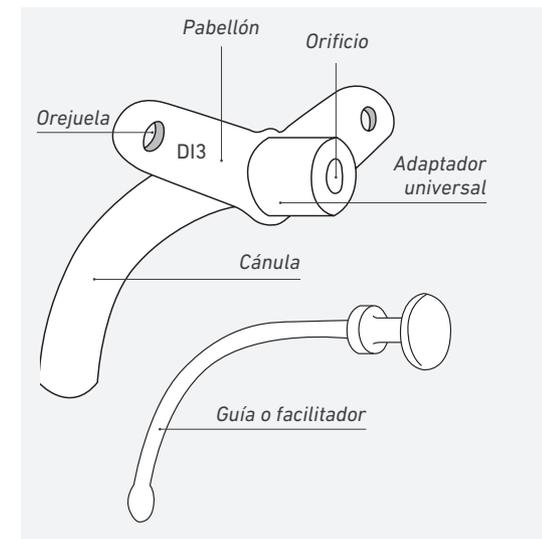


Figura 3

(Nombre del Niño/a)
 usa una cánula de traqueostomía, marca ,
 con/ sin balón, pediátrica: neonatal: , diámetro interno
 N° Otras características:

RECORDAR EL NÚMERO DE CÁNULA QUE USA SU HIJO

MANEJO DEL NIÑO/A CON TRAQUEOSTOMÍA

MATERIALES NECESARIOS

Se entregará la lista de materiales necesarios en el Servicio de Endoscopía. Es importante tener presente que dado que el trámite suele tardar, es imperioso iniciarlo cuanto antes. Servicio Social guiará a los padres para realizar este trámite.

EQUIPO NECESARIO PARA EL HOGAR

1. Nebulizador aspirador 1/4 HP eléctrico.
2. Aspirador manual: tipo pistón (jeringa de 60 ml.), bulbo, accionado a gatillo o aspirador a batería.
3. Un par de cánulas (2) del mismo número a la indicada por el médico endoscopista.
4. Un tubo endotraqueal un número menor que la cánula en uso.
5. Sondas de aspiración (K29, K30, K31 o K33 según el tamaño de la cánula).
6. Jeringas para gotear solución fisiológica (de 2,5 a 5 ml según el tamaño de la cánula).
7. Solución fisiológica (ampollas de 5 ml).
8. Gasas de 10x10 cm.
9. Cinta de fijación (hilera de algodón o velcro).
10. Jalea lubricante hidrosoluble (solución fisiológica o lidocaína gel). Clorhexidina 2%.
11. Un rollo de sábana que sirva para utilizar como resalto para los hombros.
12. Tijera de punta roma.

Siempre se deben tener preparados los materiales necesarios en la cabecera de la cuna o cama y sobre la mesa de cama (Figura 4) listos para ser usados ante cualquier urgencia.

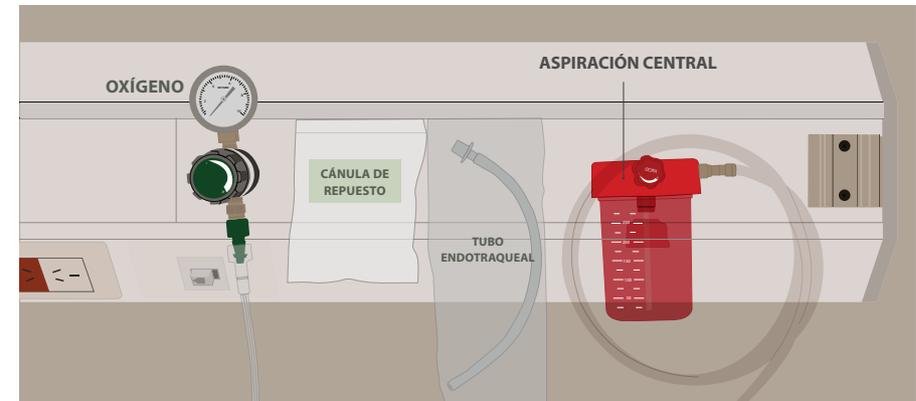


Figura 4

- » **Cánula** de reemplazo del mismo número de la que usa.
- » **Tubo** endotraqueal de un número menor al de la cánula.
- » **Aspiración** conectada con sondas de aspiración a mano.
- » **Oxígeno**.
- » Resto del equipo de materiales necesarios.



En la casa una buena idea es asignar un lugar fijo para colocar el equipo y para realizar los cuidados de rutina de la traqueostomía. (Figura 5)

Figura 5

PROCEDIMIENTOS PARA ASPIRACIÓN Y CAMBIO DE LA CÁNULA DE TRAQUEOSTOMÍA

Tener siempre todo el equipo necesario preparado. (Figura 5 - pág.7)

En el cuidado domiciliario **no es indispensable** el uso de guantes descartables.

Es suficiente con el lavado previo de las manos.

Lávese las manos con agua y jabón contando hasta 10 mientras se frota las manos.

- A. Explíquelo al niño/a el procedimiento de acuerdo a su edad y posibilidad de comprensión.
- B. **Acuéstelo boca arriba** en una posición cómoda y coloque una sábana enrollada (llamado **resalto**) **bajo sus hombros** para extender el cuello y permitir una mejor visualización y cuidado de la traqueostomía. (Figura 6)
- C. En ocasiones puede permanecer sentado o acostado en posición neutra.



Figura 6

ASPIRACIÓN DE LA CÁNULA DE TRAQUEOSTOMÍA

- » Conectar la sonda de aspiración a un aspirador eléctrico.
- » La sonda de aspiración debe tener el extremo redondo con un orificio distal. Tiene que pasar con facilidad por su interior, ocupando solo hasta las 3/4 partes del diámetro interno de la cánula, para evitar obstruirla completamente y causar dificultad respiratoria.
- » Se introduce la sonda sin aspirar, solo el largo de la cánula. No debe aspirarse la cánula más allá de su largo.
- » No se debe hacer tope en la vía aérea ya que esa maniobra puede traumatizar la pared de la tráquea y ocasionar sangrado.
- » **Retirar la sonda aspirando (ocluir el botón de aspiración) con movimientos de rotación** entre el dedo pulgar y el índice, contando hasta 5, con el objetivo de limpiar las paredes internas de la cánula. (Figura 7)
- » Se debe aspirar la cánula delicadamente, cuantas veces sea necesario. La frecuencia depende de la enfermedad de base. Se recomienda aspirar **cuando se escuche una respiración ruidosa**, antes de dormir o alimentarlo y previo a los traslados. En muchos casos, basta para expulsar las secreciones que el niño no ha podido eliminar a través de la tos.
- » **Si es necesario, se puede gotear** en la cánula unas gotas de **solución fisiológica** cargada previamente en una jeringa pequeña, para ablandar la mucosidad.
- » La sonda puede ser lavada con agua estéril y guardada en un recipiente seco. Se puede usar 1 sonda por día.

IMPORTANTE

La respiración normal a través de la cánula es silenciosa y el tórax se eleva tranquilo con cada respiración. La coloración de la piel y los labios es rosada.

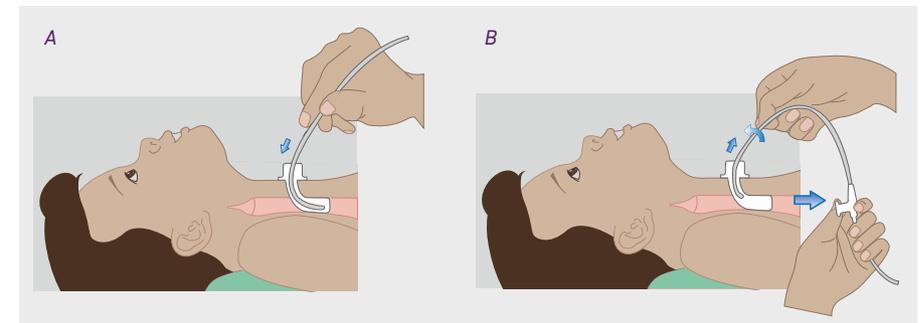


Figura 7

¿CUÁNDO SE DEBEN REALIZAR LAS ASPIRACIONES?

Siempre que al niño/a le cueste respirar, tenga cambios de la coloración de la piel y los labios (pálido o morado), sudoración e inquietud o cuando lo note anormalmente adormecido aspirelo, dado que estos signos pueden ser causados por la obstrucción parcial de la cánula y preceder a una obstrucción completa.

La tráquea tiene una pared delicada, sensible al trauma de la sonda, por lo que la aspiración inadecuada puede provocar sangrados en la vía aérea.

Se deben tener dos **equipos de aspiración**: uno para el **manejo domiciliario** (eléctrico) y otro para cuando el niño/a se **traslada** (aspirador manual) (Figura 8) con bulbo o aspirador con batería o tipo gatillo.

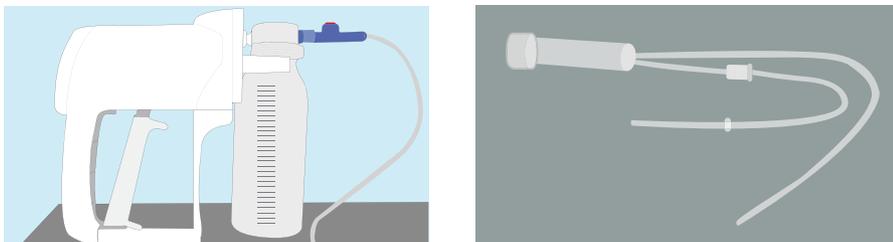


Figura 8

Es importante observar las secreciones que, normalmente, deben ser claras, fluidas e inodoras y escasas. Se debe consultar al médico si son amarillas, verdosas, con estrías de sangre, malolientes o abundantes. En caso de sangrado es importante realizar la consulta en forma urgente.

Si no puede desobstruir la cánula con la aspiración, instile solución fisiológica y vuelva a aspirar. Si no mejora, **cambie la cánula por otra limpia**.

CAMBIO DE LA CÁNULA DE TRAQUEOSTOMÍA

La cánula de traqueostomía debe cambiarse una vez cada 7 días. Es necesario tener siempre preparado el material para el recambio. (Figura 9)



Figura 9

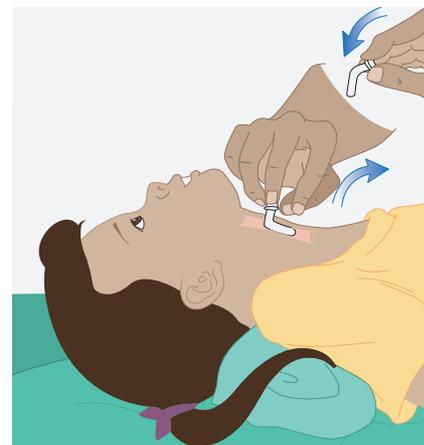


Figura 10

PASOS PARA REALIZAR EL RECAMBIO DE LA CÁNULA

» Preparación de la cánula

Anudar con doble nudo la cinta hilera en las orejuelas del pabellón o colocar un collarín de velcro.

Coloque la gasa previamente cortada (en pantalón), alrededor del tubo y por debajo del pabellón de la cánula. Algunos pacientes no la necesitan.

Para evitar irritaciones de la piel, cambie la gasa siempre que esté húmeda. Consulte con su médico antes de aplicar cualquier pomada cerca de la traqueostomía. Si el doctor le receta una crema antibiótica o antifúngica, aplíquela ligeramente con un hisopo de algodón alrededor del ostoma. No se debe colocar polvo o talco en la región del ostoma por el riesgo de aspiración del polvo hacia la vía aérea.

Es aconsejable que el recambio lo realicen dos operadores. (Figura 11)

El recambio debe ser realizado con el niño/a boca arriba y con un resalto por debajo de los hombros para exponer el orificio (ostoma) del cuello.

(Figura 10)

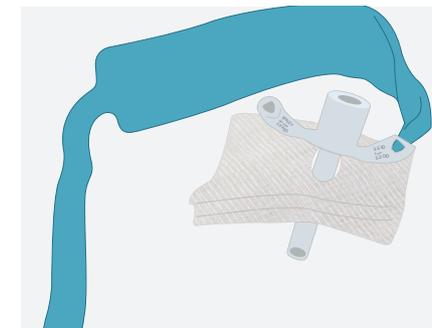


Figura 11

- » Retire la gasa sucia.
- » **Limpie** el ostoma con solución fisiológica, o clorhexidina al 2% . Con gasas mojadas en solución fisiológica o hisopos, limpie la piel alrededor del tubo. Limpie desde el centro hacia fuera. No permita que entre líquido en el ostoma por debajo del tubo. (Figura 12)
- » **Seque** “tocando” con una gasa.
- » **Revise la piel** por debajo de las cintas.
- » **Aspire** la cánula antes de la extracción.
- » **Desate** o corte las ataduras de la cinta hilera/collarin.
- » Coloque lubricante hidrosoluble (jalea de xilocaina) alrededor del ostoma.
- » Mientras se realiza el recambio, el ayudante debe sujetar la cabeza del niño fijando la cánula con una mano.
- » **Saque la cánula** en uso y seguidamente coloque la limpia introduciéndola en el ostoma con movimientos hacia abajo y de rotación de sus manos.
- » **Fije la cánula** para evitar el accidente

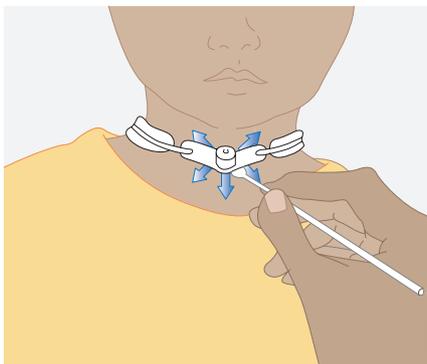


Figura 12

más riesgoso que es la decanulación accidental. La **cinta hilera o velcro** se fija con dos nudos sin moño, dejando la tensión adecuada para que pase un dedo ajustado entre la cinta hilera y la piel de manera que sea lo suficiente para que no se decanule y no tan ajustada que lastime la piel.

- » **Controlar** la fijación durante el día.
- » En caso de **no poder ingresar la cánula, colocar el tubo endotraqueal un número menor al de la cánula respetando el largo de la cánula.**
- » Si el niño requiere **oxígeno suplementario**, conectarlo lo antes posible a la fuente por medio del microhalo. Verificar, además, que el sistema de conexión de oxígeno tenga orificios laterales para que salga el aire de la vía aérea.

¿CON QUÉ FRECUENCIA SE DEBEN REALIZAR LOS RECAMBIOS?

El recambio de cánulas de traqueostomía se debe realizar una vez a la semana, o antes si el paciente lo requiere por molestias o posible obstrucción. Realizarlo lejos de las comidas (media hora antes o 1 hora y media después de comer) porque puede provocar vómitos.

Cubrir la traqueostomía con humidificadores pasivos o nariz artificial (comúnmente llamados filtros), o con barbijos para evitar el aire frío con polvo, en el momento de salir. Dichos dispositivos son útiles cuando los niños salen fuera de la casa.

Una vez a la semana, o si el paciente lo requiere por posible obstrucción en cualquier momento.

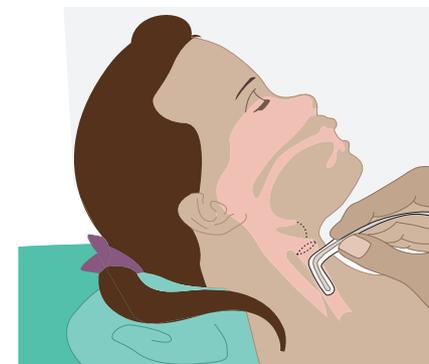


Figura 13

LAVADO DE LA CÁNULA

Las cánulas que utilizamos en la actualidad se pueden lavar. Se sugiere limpiarlas bajo el agua de la canilla con un cepillo o con la sonda anudada, pasándolo varias veces por su interior. Una vez removidas las secreciones adheridas, sumergir la cánula en detergente enzimático en una concentración del 0,8%, (diluir 1 ml de detergente enzimático en 100 cm de agua destilada) o con algún otro producto que no las tiña ni las deteriore, como el detergente biodegradable común, por 15 minutos. Enjuagarlas con agua destilada, secarlas y dejarlas preparadas en un recipiente seco para el siguiente uso.



Figura 14

MANEJO DE POSIBLES COMPLICACIONES

Recolocación de la cánula cuando se ha salido en forma accidental y no puede ser recolocada:

Coloque al niño/a en posición de recambio de cánula. Dilate el ostoma con un tubo endotraqueal de menor tamaño que la cánula que usa habitualmente, previa colocación de lidocaína jalea. Luego recolocar la cánula que siempre usa.

Cuando la cánula no puede ser recolocada se puede utilizar la técnica de re-canulación con un tubo endotraqueal de menor calibre usado como guía. Para ello se coloca el tubo sobrepasando el extremo distal de la cánula unos centímetros. Se progresa por el orificio hasta lograr que se establezca la respiración, mejora el color de

la piel y las mucosas y se tranquiliza al paciente. Se hace progresar con firmeza la cánula, usando dicho tubo como guía o mandril. (Figura 15)



Figura 15

DECANULACIÓN ACCIDENTAL

Recolocar la cánula

No se puede

Colocar un tubo endotraqueal de menor tamaño

1. **Verificar diariamente** que las ataduras de la traqueostomía estén seguras y secas.
2. Utilizar **solamente cinta hilera o velcro**.
3. No permitir al niño/a o cualquier otra persona que traccione de la cánula de traqueostomía.

HEMORRAGIA DE LA VÍA AÉREA POR TRAUMATISMO DURANTE LA ASPIRACIÓN

CAUSAS:

1. Ingreso de la sonda más allá de la longitud de la cánula, produciendo lesión de la mucosa traqueal.
 2. Infección que se produce generalmente frente a los cuadros catarrales.
 3. Granuloma (tejido anormal que aparece por el roce de la cánula) en la zona distal de la cánula o en el ostoma.
- En estos casos se debe aspirar la cánula **instilando** previamente solución fisiológica para evitar obstrucciones y consultar a la brevedad al Servicio de Endoscopía.

SANGRADO

Instilar solución fisiológica fría

Aspiraciones suaves. Introducir la sonda solo la longitud de la cánula.

OBSTRUCCIÓN

Aspirar, instilar solución fisiológica

Cambiar la cánula

Grave dificultad respiratoria

Ventilar a través de la cánula

No mejora

Cambiar la cánula con un tubo en su interior más pequeño

- **Salvada la emergencia puede consultar con su pediatra o con el Servicio de Endoscopía Respiratoria a la brevedad.**

PLAN DE EMERGENCIA PARA NIÑOS/AS CON TRAQUEOSTOMÍA

- » Tenga las instrucciones de **reanimación cardiopulmonar** junto a la cama del niño/a y los números de los **teléfonos** de emergencia a mano.
- » Siempre tenga una **cánula, cinta hilera y tijeras**, tanto en casa como cuando salga. Tenga la cinta hilera ya puesta en la cánula para ahorrar tiempo en caso de una emergencia.
- » Prepare un **plan de emergencia** y capacite a la mayor cantidad de gente posible dentro de su entorno.
- » Prepare un **bolso de emergencias** y llévelo con usted siempre que saque a su niño/a de la casa. Su contenido debe ser chequeado periódicamente.

REQUISITOS A CUMPLIR ANTES DEL EGRESO HOSPITALARIO

1. Entrenamiento aprobado por el personal de enfermería, y/o médico del Servicio de Endoscopia.
2. Todo el **equipo necesario** para el cuidado en el hogar, incluido el equipo portátil, deberán ser probados en el hospital para asegurar su buen funcionamiento.
3. Curso de **reanimación cardiopulmonar aprobado**.
4. Los requisitos de la vivienda son: energía eléctrica, agua potable y habitación con adecuada ventilación.



MEDIDAS DE SEGURIDAD Y PRECAUCIONES

Recuerde que cada niño/a es diferente y que el sentido común es muy importante en los cuidados. El niño/a con traqueostomía puede hacer la mayoría de las cosas que hacen otros niños/as. Procure tratarlo/a de la manera más normal posible. Es importante no sobreprotegerlo. Sin embargo, es necesario vigilarlos muy de cerca ya que es posible que no puedan expresar verbalmente sus molestias.

IMPORTANTE

El agua es un peligro particularmente serio, ya que el niño/a traqueostomizado puede ahogarse muy fácilmente si la cánula se sumerge en agua.



DURANTE EL BAÑO

Extreme las precauciones. Use poca agua y evite que el agua salpique a la traqueostomía. **Nunca deje al niño/a solo en la bañera.** Cuando le lave el pelo, recuéstelo apoyando su cabeza y cuello. Vierta el agua hacia la parte trasera de la cabeza, manteniendo siempre seca la zona de la traqueostomía. Tenga a mano una toalla seca en caso de derrames de agua.



HIGIENE

El lavado de manos es la manera más importante de detener la propagación de infecciones. Es importante también que se limpien y desinfecten adecuadamente todos los elementos con los que el niño/a toma contacto. Recuerde que los virus pueden sobrevivir durante varias horas en objetos tales como juguetes, perillas de las puertas, controles remotos y teléfonos.

CUIDADORES

Una persona preparada en el manejo de la traqueostomía debe acompañar a su niño en todo momento. Esta persona deber haber sido capacitada para dar reanimación cardiopulmonar y para aspirar y cambiar la cánula de traqueostomía.

EXPOSICIÓN AL CONTAGIO

Evite el contacto con personas resfriadas o con otras enfermedades infecciosas. Los familiares con cuadros gripales o resfrios deberán utilizar barbijo cuando estén en contacto con el niño/a.

COLEGIO

Las guarderías son unos de los factores principales de infecciones respiratorias. No siempre es posible para los padres quedarse en casa con sus niños/as, pero de ser posible, esta situación es de gran ayuda. Las guarderías pequeñas presentan un menor riesgo de infecciones. En el caso de los niños/as en edad escolar la decisión de asistir a la escuela se deberá evaluar en forma individual.

JUEGOS Y DEPORTES

Observe el juego para que no metan en el tubo los dedos, juguetes o comida. No use juguetes con pelusa o de pieles. Están prohibidos los globos de látex, ya que son peligrosos para todos los niños/as. El látex puede bloquear la respiración. No están permitidos los deportes de contacto ni los deportes acuáticos.

VACUNAS

Asegúrese de que su niño/a esté al día con todas sus inmunizaciones. Administre la vacuna anual contra la gripe.

ALIMENTACIÓN

No use baberos de plástico. La traqueostomía no impide la alimentación normal por boca, eso depende de la enfermedad de base.

CIGARRILLO

No permita que nadie fume cerca de su niño/a.

AL CARGARLOS

Asegúrese que su mentón quede elevado y que la apertura de la cánula no se obstruya.

VACACIONES

Evite los cambios climáticos bruscos.

VESTIMENTA

Evite la ropa que bloquee la cánula de traqueostomía, tal como cuellos altos. No use ropa o cobijas con pelusa o de pieles.

HOGAR

Mantenga su casa lo más libre de polvo, pelusa y humedad posible.

A pesar de las restricciones a los que están sometidos los niños/as traqueostomizados, es importante ser conscientes que deben realizar una vida lo más normal posible. Participar con su familia y amigos en la mayor cantidad de actividades posibles y, según la patología de base que presenten, realizar terapia ocupacional, terapia física y terapia del habla.